

Dipl.-Päd. Peter Lehmann, Berlin

*Selbstbestimmungsrecht oder therapeutische Gewalt im
Betreuungsgesetz*

Zusammenfassung

Aufgrund der extrem schädlichen Wirkung moderner psychiatrischer Maßnahmen (Elektroschock, Neuropsychopharmaka) muß ein neues Betreuungsgesetz (BtG) das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen über ihre eigene körperliche Unversehrtheit in den Vordergrund stellen und schützen. Dabei sollten wir es vermeiden, uns von realitätsfremden Wunschbildern leiten zu lassen; bestehenden Tatsachen sollten wir Rechnung tragen. Die hierzulande angewendete Zwangsbehandlung widerspricht der Würde des Menschen; dieselbe Behandlung wird auf der einen Seite in Krankenhäusern ausgeübt, in psychiatrischen Anstalten, Kinder- und Altenheimen, auf der anderen Seite mit denselben chemischen Mitteln – in der Tiermedizin, hier zur Ruhigstellung von Tieren während Transporten oder Ausstellungen. Echte menschliche Hilfeleistung in psychischen und sozialen Notlagen kann nicht mit psychiatrisch-medizinischen Maßnahmen auf Grundlage entrichtender Eingriffe geleistet werden, sondern nur in Anerkennung des – Diagnose-unabhängigen – Selbstbestimmungsrechts, unter Wahrung der Würde des Menschen und in Form von psychischem und sozialem Beistand. Es gilt, auch im Betreuungsgesetz das Recht auf Psychopharmaka-freie Hilfe durchzusetzen.

I. Rechte von Psychiatrie-Betroffenen

Als zentrales Recht von Psychiatrie-Betroffenen, stehen sie unter Pflegschaft oder nicht, ist das in der Verfassung garantierte Recht auf körperliche Unversehrtheit zu betrachten. Sind auch andere Rechte wie z. B. Recht auf Freiheit, auf freie Entfaltung der Persönlichkeit usw. während psychiatrischer Anstaltsunterbringung (oder Aufenthalt in Pflegeheimen) außer Kraft gesetzt, so steht doch das genannte Recht auf körperliche Unversehrtheit im Vordergrund: Die moderne psychiatrische Behandlung (Elektroschock, Neuropsychopharmaka) zeigt sich bei näherer Betrachtung als eine mit schweren Risiken für Gesundheit und Leben behaftete Körperverletzung; psychiatrische Maßnahmen können zu bleibenden, mitunter tödlichen Schäden führen. Auch wenn diese Schäden oft als Neben-Wirkungen abgetan werden, so stellen sie für Psychiatrie-Betroffene doch die zentrale Rechtsbeschneidung und Demütigung dar. Darüber hinaus heißt Psychopharmaka- oder

Elektroschock-Behandlung im Regelfall Vorenthalten menschlich-unterstützender und therapeutischer Maßnahmen.

II. Gefährlichkeit psychiatrischer Eingriffe

Daß psychiatrische Maßnahmen gefährlich sein können, geht schon aus dem Wortlaut des Berliner Gesetzes für psychisch Kranke von 1985 hervor, wo in § 30, Abs. 3 die Rede ist von „ärztlichen Eingriffen und Behandlungsverfahren, die mit Lebensgefahr oder einer erheblichen Gefahr für die Gesundheit verbunden sind“. Die Praxis in Berlin ist: Stimmen Untergebrachte riskanten psychiatrischen Maßnahmen zu, gilt diese Zustimmung als wirksam. Lehnen sie dieselben Maßnahmen ab, so gilt die Ablehnung als uneinsichtig, und ein eingesetzter Pfleger übergeht im Regelfall die Willensäußerung des Betroffenen; die Maßnahme wird vollzogen.

Über die Gefährlichkeit psychiatrischer Maßnahmen wie Elektroschock und sogenannter antipsychotischer Medikamente, der Neuroleptika, liegt mittlerweile eine Reihe äußerst beunruhigender Literatur vor; Mediziner, Psychiater und Betroffene schreiben von schweren körperlichen, geistigen und psychischen Folgeschäden sowohl des – sogar in letzter Zeit vermehrt angewendeten – Elektroschocks als auch der Neuroleptika; mit diesen chemischen Mitteln behandelt werden ca. 95% der psychiatrisch Untergebrachten sowie in steigender Zahl in Altenheimen Menschen mit störender und unbedeckter Lebens- und Sinnesweise.

Der deutsche Psychiater Dörner beschreibt die von ihm und seiner Kollegenschaft praktizierte moderne psychiatrische Behandlung wie folgt: „Wir verwandeln den seelisch leidenden vorübergehend in einen hirnorganisch kranken Menschen, bei der EKT (Elektrokrampf-Therapie, d. A.) nur globaler, dafür kürzer als bei der Pharmakotherapie.“ (Dörner/Plog 1984, S. 537.) Bei der Kritik des Elektroschocks (wie auch bei der Kritik der Neuroleptika) ist in Erinnerung zu behalten, daß die psychiatrische Diagnosenstellung sowohl von Psychiatern selbst (Szasz 1982) als auch von Sozialwissenschaftlern (Sarbin/Mancuso 1982; Hill 1983) als willkürlich, unwissenschaftlich und letztlich zufällig kritisiert wird. Dörner, selbst den Elektroschock lehrend, gibt (unfreiwillig) preis, daß sein Einsatz nicht von wissenschaftlich gesicherter Diagnosenstellung abhängt, sondern von menschlich-therapeutischen Fähigkeiten – und somit auch Unfähigkeiten – des Anwenders; er bezeichnet eine mögliche Indikation wie folgt: „bei sehr qualvoll erlebten akuten schizophrenen oder depressiven Krisen, wenn ich als Therapeut unfähig zu einer austreichend wirksamen therapeutischen Beziehung und pharmakotherapeutischen Hilfe bin.“ (Dörner/Plog 1984, S. 538.)

Über die hirnschädigende Wirkung des Elektroschocks klärt der amerikanische Psychiater Breggin anschaulich und leicht verständlich auf. Er stellt die Zerstörungen der Nervenzellen in den Mittelpunkt seiner Kritik; diese kommen durch die epileptischen (Grand mal-)Anfälle zustande, die Hauptwirkung der Stromstöße gegen das Gehirn (Breggin 1980). Aber auch die psychischen und geistigen Folgeschäden bringt Breggin eindrucksvoll in Erinnerung, wenn er etwa den (an die sogenannte Gehirnwäsche erinnernden) therapeutischen Ansatz zweier Kollegen kritisiert, die in Kollegenkreisen das Prinzip eines erfolgreichen Elektroschocks exemplarisch wie folgt preisgeben: „Nach unserer Ansicht war die Regression des Patienten ausreichend fortgeschritten, wenn er einnässte und einkotete und sich wie ein 4jähriges Kind verhielt bzw. so sprach. Diese Patienten waren verwirrt, konnten sich nicht um ihre persönlichen Belange kümmern und nahmen ab, obwohl sie außen – in einigen Fällen die übliche Menge. Häufig mußten sie gefüttert werden ... Manchmal klingen die Verwirrtheitszustände schnell wieder ab. Die Patienten verhalten sich dann, als wären sie aus einem Traum erwacht. Ihr Gemüt wirkt wie ein unbeschriebenes Blatt, auf dem wir nun schreiben können. Im allgemeinen sind sie kooperativ und sehr leicht zu beeinflussen und damit offener für Psychotherapie.“ (Zitiert nach Breggin 1980, S. 191.)

Der Autor dieses Artikels stellt in dem Buch „Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen“ psychiatrische Publikationen über die Neuroleptika-Behandlung zusammen und sieht deren Wirkungsweise charakterisiert als (Lebensvorgänge hemmende) Verringerung der Sauerstoffaufnahme des Hirngewebes, als künstliche Herstellung einer Parkinsonkrankheit (aufgrund der Blockade des Dopamin-Stoffwechsels), als Beeinträchtigung der Hirnanhangdrüse und somit des gesamten Hormonsystems sowie als Schaffung eines hirnlokalen Psychosyndroms (Lehmann 1986, S. 83 ff.). Damit übereinstimmend, wenn auch mit anderer Bewertung, spricht der Schweizer Psychiater Walther-Büel die Tatsache aus, daß Neuroleptika keine harmlosen, glücklich und froh machenden Glückspillen sind, sondern Substanzen, die eine erhebliche Beeinträchtigung des Zentralnervensystems mit sich bringen: „Die neuroplegisch (neuroleptisch, d. A.) wirkenden Substanzen an sich erzeugen ein Zustandsbild (Schlafsucht, Apathie, Stumpfheit, später eventuell Rastlosigkeit ...), das als hirnlokales Psychosyndrom bzw. in der Regel als Stammhirnsyndrom anzusprechen ist ... Daß die Erzeugung eines solchen (neben der Schockwirkung) einen praktisch-therapeutischen Nutzen haben kann, haben wir durch die Erfahrung mit der Leukotomie (operative Durchtrennung der Stirnhirn-Thalamus-Nervenbahnen, d. A.) gelernt ... Nicht zu Unrecht sprechen französische Autoren von einer pharmakologischen Lobotomie.“ (Walther-Büel 1955, S. 292f.) In einem neueren

Aufsatz faßt der Autor seine anhand psychiatrischer Veröffentlichungen und Herstellerinformationen gemachten Angaben zu den schädlichen Auswirkungen (Neben-Wirkungen) der Neuroleptika zusammen: 90% aller Behandelten leiden unter atrophischen, d. h. eine Schrumpfung des Gehirns beinhaltenden Zuständen; 90% Bewegungsstörungen, häufig irreversibler Art; 30% Fieberanfälle; bis zu 100% krankhafte EKG-Veränderungen; 50% Zahnfleischentzündungen, oft mit Zahnausfall verbunden; (bei fort dauernder Behandlung) 80% Lebererkrankungen; 40% Diabetes; 43% Fettleibigkeit; Sterilität, Ausbleiben der Menstruation, Impotenz, Farbstoffablagerungen im Auge und im Herzmuskel; signifikant erhöhte Zahl von Chromosomenbrüchen und -rissen, die zu Mutationen führen; seelische Abstumpfung („Zombie-Effekt“), Willenlosigkeit, Verzweiflungszustände mit Selbstmordgefahr, Verwirrtheit und Delir; Geschwulstbildungen in der Brust; alle bekanntgewordenen Neuroleptika-Schäden incl. tödlicher Komplikationen traten bei allen, auch den sogenannten schwachpotenten Neuroleptika auf, auch schon nach kurzer Dauer, auch bei geringer Dosis (Lehmann 1988 a).

In den letzten Jahren werden nun vermehrt Stimmen von Sozialwissenschaftlern, Medizinern und Psychiatern laut, die die nonchalante Haltung ihrer Kollegen zu den unübersehbaren Schäden der Neuroleptika kritisieren (Breggin 1984; Rufer 1988), die Therapiefähigkeit („emotionale Panzerung“) unter Neuroleptika (Stöckle 1983; Martenson 1987) sowie die Behauptung der frühzeitigeren Anstaltsentlassung aufgrund der Neuroleptika-Behandlung (Scull 1980) als Mythos enthüllen, die Überlegenheit von Placebos über Neuroleptika hinsichtlich Rückfallvermeidung aufzeigen (Perry 1977) sowie ein Unterlassen der Zwangsbehandlung mit Neuroleptika (Benedetti 1988), ja gar das Verbot der Neuroleptika-Anwendung überhaupt fordern (vgl. Dukes 1986). Beim Jubiläumssymposium „10 Jahre Sozialpsychiatrische Universitätsklinik“ in Bern im September 1988 wies der Autor auf den Zynismus hin, daß auf der einen Seite z. B. von Amnesty international die Neuroleptika-Behandlung von Dissidenten in totalitären Staaten als Folter angeprangert wird und daß im veterinar-medizinischen Bereich Neuroleptika ihren Einsatz finden zur Ruhigstellung aggressiver Schweine und Ziegen oder widersetzlicher und unleidlicher Zootiere etwa beim Beschlagen, Scheren oder bei Ausstellungen und zur Ausschaltung natürlicher Abwehrbewegungen bei diagnostischen und therapeutischen Eingriffen an Pferden, Rindern und Hunden; auf der anderen Seite werden in westlichen psychiatrischen Einrichtungen Menschen routinemäßig mit denselben Mitteln therapeutisch behandelt (Lehmann 1988 b; Petrusch 1987). Zuletzt soll noch einmal betont sein, daß alle Wirkungen und Schäden prinzipiell dosisunabhängig und auch schon nach kurzer Anwendungszeit unter sämtlichen Neuroleptika auftreten

können; eine Tatsache, die selbst aus den etwas ehrlicheren amerikanischen Hersteller-Anzeigen zu entnehmen ist (Mc Neil Pharmaceutical 1988).

III. Reform-Irrwege

Verkleinerung von Anstalten gilt als ein Mittel zur Lösung der Psychiatriefrage. Italienische Psychiater verlagern gar die Behandlung mit Neuroleptika bis hin in die Wohnungen (Lehmann 1986, S. 361f.), ohne allerdings das Prinzip der Behandlung, die Anwendung von Neuroleptika, zu verändern; im Gegenteil: Zumeist werden die befreiten Patienten nun gemeindenah mit Langzeitpräparaten weiterbehandelt, wie der italienische Psychiater Valdesalici 1984 auf einer Tagung in Berlin berichtete (Valdesalici 1984). Bei einem Besuch in Triest 1988, wo der Initiator der demokratischen Psychiatrie, Franco Basaglia, wirkte, machte sich der Autor selbst ein Bild von der Situation und fand Berichte der Schweizer Psychiaterin Ernst bestätigt, wonach die Klienten der neuen gemeindenahen psychiatrischen Ambulatorien massiv mit Neuroleptika behandelt werden (Ernst 1981). 1986 veröffentlichten Ernst/Ernst identische Beobachtungen in der wohlhabenden italienischen Provinz Lombardei, wonach sich die Situation der Psychiatrie (die Art der Psychopharmaka-Behandlung, die Dosierung und die hohe Wieder-einweisungsrate) in den neuen Ambulatorien nicht unterscheidet von der Situation in der Schweiz – mit einer Ausnahme; sie schreiben: „In einer Hinsicht sind die lombardischen Ambulatorien aktiver als die schweizerischen: sie führen in weit höherem Maß Hausbesuche durch. 1984 wurde in der Lombardei ein Viertel der Behandelten zu Hause aufgesucht, der einzelne Kranke im Mittel neunmal. Vor allem Schwestern und Pfleger gehen in die Familien der Patienten. Dabei handelt es sich am häufigsten um jüngere chronische Schizophrene, welche mit einem Depotneuroleptikum behandelt werden. Die Hausbesuche sichern eine kontinuierliche Medikation ...“ (Ernst/Ernst 1986).

Anderer Sektorisierungen der Psychiatrie wie z. B. das Modell Wien haben ähnliche Erfolge: Der Hauptzweck dieser Reform ist die nahezu 100%ige Sicherstellung der Neuroleptika-Weiterbehandlung nach der Anstaltsentlassung, was durch gutorganisierte Registrierung, Beeinflussung und Hausbesuche auch gelingt (siehe Lehmann 1986, S. 318f., 346). Psychiatrische Hausbesuche sind auch das Konzept der Hannoveraner Reformbemühungen, doch jüngste Veröffentlichungen zeigen, daß 87,6% der Hausbesuche nicht auf Veranlassung der Betroffenen, sondern gegen deren Willen und oft genug auf Initiative von Nachbarn, Polizei, Sozialamt, Vermieter, Hauswart und anderen gerade in psychischen Ausnahmefällen angestellenden Instanzen der Obrigkeit zustandekommen (Stoffels 1988).

Verlagerung von Behandlung in gemeindenahen Einrichtungen wie

sogenannte Therapeutische Wohngemeinschaften oder Übergangswohnheime sowie Gründung sogenannter Selbsthilfefirmen sind andere Lösungsversuche der Psychiatriefrage. Internes aus dem Modell Auflösung der Bremer Anstalt Kloster Blankenburg geht aus einem jüngst veröffentlichten Interview mit einem Betreuer einer Wohngemeinschaft hervor, in die ehemalige Anstaltsinsassen umgelagert werden. Auf die Frage, wie er auf Absetz-Wünsche der Bewohner reagiert, antwortet der Mitarbeiter Josef, daß – wie in der Anstalt – einmal mehr der Wille der Betroffenen nicht entscheidend ist: „Wir mußten überhaupt erst einmal herausfinden, was bei den Einzelnen genau anliegt. Da haben wir dann manchmal noch mehr abgesetzt, aber manchmal, wenn wir gesehen haben, der ist zu depressiv, dem geht es so schlecht, wir können das eigentlich nicht verantworten, haben wir uns auch entschieden, dem wieder etwas mehr zu geben.“ (Crone u. a. 1988, S. 74.) Enthüllende Einblicke über die Situation von Übergangswohnheimen gibt Cierpka, selbst eine Betroffene, nachdem sie nach einem Selbstmordversuch unter Einfluß des Neuroleptikums Flupentixol (Fluanxol) den Glauben an psychiatrisch-psychopharmakologische Hilfeleistung verloren hat; sie schreibt über ihre gemeindepsychiatrischen Wahrnehmungen: „Die Eindrücke, die ich in dieser Zeit gesammelt habe, verdichten sich zu einem schaurigen Bild. Da gibt es Menschen, die man nur still auf einem Stuhl sitzen sieht, und die über den ganzen Tag einen Haufen Zigarettenkippen vor sich auftürmen und ansonsten keine Lebensregung zeigen. Auf Nachfrage habe ich erfahren, daß diese Leute seit Jahren Neuroleptika verabreicht bekommen und Dauerrinsassen in der Psychiatrie sind. Oder der junge Mann, den ich in einem der Wohnheime kennengelernt habe. Der saß den ganzen Tag in einem verdunkelten Zimmer, seit Jahren, ohne auf die Straße zu gehen. Sicher, diese Leute sind unauffällig und sie sind bequem zu betreuen.“ (Cierpka 1988.) Um die vielen unter Langzeitpräparaten stehenden Neuroleptika-Betroffenen von der Straße zu holen, unter Aufsicht zu bekommen und an (ihrer Neuroleptika-bedingten Behinderung angepassten) Arbeitsplätzen halten zu können, erfanden reformfreudige Sozialpsychiater das Konzept der Selbsthilfefirmen: Unter Kontrolle ansonsten arbeitsloser, von Skrupeln nicht behinderter Akademiker machen sogenannte Langzeitkranken einfache, niedere Arbeiten bei geringer Entlohnung (Lehmann 1986, S. 367).

Wie schon aus anderen Berichten über das Hannoveraner Modell des psychiatrischen Krisendienstes bekannt (Lehmann 1986, S. 358), sind ambulante Psychiatrie und ambulante Neuroleptika-Verabreichung nicht zu trennen. Darüber hinaus geht, wie Hamburger Erfahrungen gezeigt haben, ein mobiler psychiatrischer Krisendienst einher mit einem Ansteigen der Unterbringungszahlen. Die Schwelle zur Psychiatrisierung sinkt. Bedenken wir, daß im Ausland bereits Gesetze diskutiert,

werden, die eine ambulante Zwangsbehandlung erlauben, wie derzeit in Großbritannien der Fall (Gliniecki 1988), so sollten es ehrlich an den Interessen von Betroffenen orientierte Menschen unterlassen, eine Ausweitung der Psychiatrie, Stellenvermehrung und Schaffung von – gar möglicherweise mit Zwangscharakter ausgestatteten – Krisenapparaten zu fordern. Geradezu als unmoralisch ist das Vorgehen vieler Psychiater zu nennen, die auf die Kritik an der deutlich unzureichenden psychiatrischen Behandlung mit der Forderung nach noch mehr Stellen konttern; Neuroleptika würden nur aus Gründen eines Pflegenotstandes eingesetzt, um Untergebrachte zu dämpfen und auf überfüllten Stationen halten zu können. Daß auf anderer Seite in den eigenen Fachzeitschriften Neuroleptika als adäquate Mittel der ersten Wahl bei psychischen Ausnahmezuständen (Störungen), als segensreiche Medikamente, als Erweiterung des Arzneimittelschatzes hochgelobt werden, stört offenbar niemanden. Aus eigener Beratungstätigkeit in einem Berliner (sehnsgeförderten) Selbsthilfeprojekt, die auch die Beratung frustrierter psychiatrisch Tätiger einschließt, kennt der Autor zur Genüge Fälle, in denen gutwillige psychiatrisch Tätige zum Teil mit disziplinarischen Maßnahmen in ihren Versuchen gehindert wurden, auf einer menschlichen Ebene, d. h. mit Gesprächsangeboten Kontakt zu den Behandelten aufzunehmen. Ein international derzeit hochbewertetes Projekt, Soteria (Bern), zeigt in deprimierender Weise, wie sehr Psychiater auch unter günstigsten äußeren Voraussetzungen auf den Einsatz ihrer Neuroleptika fixiert sind: Die Behandlung in einer kleindimensionsierten und gemeindenahen, als reizarm und offen deklarierten psychiatrischen Einrichtung gilt als gescheitert, wenn der (die ersten sechs Wochen) ohne Neuroleptika Behandelte zwar in seinem psychopathologischen Zustand gebessert ist, sich aber der dann einsetzenden, als rückfallverhürend ausgegebenen Neuroleptika-Langzeitbehandlung entziehen will (Ciompi/Bernasconi 1986).

Eine Ausweitung von Finanzmitteln für eine Psychiatrie, die sich im Wesen (Zwangscharakter, elektro- und chemotechnische Behandlung statt Verständnis, Geduld und Mitmenschlichkeit) nicht ändern will, muß als kontraindiziert angesehen werden (Stöckle/Lehmann 1985). Szasz, selbst Psychiater, bringt die Kritik an der Reformpsychiatrie auf den Punkt: „Ich bin sehr pessimistisch. Ich bin nicht völlig dagegen, denn verglichen mit der Anstalt, die ein Gefängnis, ein Zuchthaus, ein KZ ist, ist es schon etwas netter, die Leute herauszulassen. Aber es ist nicht viel netter, wenn der Gefängnisträger nachkommt. Ich würde es vergleichen mit einem Gefangenen hinter Gittern und einem, der Bewährung hat. Das Schlimmste an der Gemeinde-Psychiatrie – bezogen auf Amerika, wo ich mich sehr gut auskenne – ist, daß sie alle Charakteristika der Psychiatrie wieder aufgreift, wie sie seit Menschengedenken bestehen.“ (Szasz 1980, S. 1438.)

IV. Lösung von Betreuungs- und Psychiatrie-Frage

Gerade bei einer Diskussion um Reform von Gesetzen wie dem Betreuungsgesetz gibt es ausreichend Gelegenheit, ernsthaft zu beginnen, an einer Verbesserung der Situation möglicher Psychiatrie-Betroffener zu arbeiten. Verbesserung der Rechtsstellung, Aufklärung über Gefahren moderner psychiatrischer Behandlungsmaßnahmen, Unterstützung individueller sozialer Rehabilitationsmaßnahmen sowie finanzielle Förderung psychiatrieunabhängiger Selbsthilfe- und Therapie-Projekte bei schrittweiser Reduzierung von Finanzmitteln von auf psychopharmakologischer (und Elektroschock-)Basis arbeitender Anstalts- und gemeindenaher Psychiatrie sind hierbei die Schlüsselbegriffe zu einer Humanisierung der Lage der Psychiatrie-Betroffenen und somit zur Lösung der Psychiatrie-Frage.

Die Verbesserung der Rechtsstellung darf die Anerkennung von Menschenrechten (Selbstbestimmungsrecht, Recht auf körperliche Unversehrtheit) nicht von psychiatrischen Diagnosen abhängig machen. Dies um so mehr, wo selbst die Gefahr einer zwangswise Leukotomie (Lobotomie) noch nicht gebannt ist; so wird derzeit in Amsterdam (Niederlande) eine spezielle Klein-Klinik für diese Form psychiatrischer Behandlung gebaut: für sogenannte Therapie-resistente Schizophrene. Gelten Menschenrechte als unteilbar, so sind sie auch Pflegschaftsbefohlenen und anderen Psychiatrie-Betroffenen ohne Einschränkung zu gewähren. Die Verbesserung der Rechtsstellung schließt ein, daß die Gültigkeit von Vorausverfügungen wie dem Patiententestament oder dem neu entwickelten Psychiatrischen Testament (Szasz/Rolshoven 1987) sowie das Recht auf Einsicht in die (die eigene Person betreffenden) psychiatrischen Akten (Lehmann 1988 c) ausdrücklich anerkannt werden – und zwar als Rechtsgüter, die unabhängig von medizinischen Theorien und psychiatrischen Glaubensrichtungen bestehen. Grundsätzlich dürfen psychiatrisch Untergebrachte rechtlich nicht mehr schlechter gestellt sein als Straftäter – gleichgültig auf welcher Rechtsgrundlage die Unterbringung erfolgte. Entsprechend der strafrechtlichen Unschuldsvermutung könnte eine Gesundheitsvermutung einen Beitrag zur Einführung bzw. Festigung eines Rechtsschutzes für Pflegschaftsbefohlene und andere psychiatrisch Untergebrachte leisten. Ebenso sollte es eine Selbstverständlichkeit sein, vor der richterlichen Feststellung über die Berechtigung einer psychiatrischen Unterbringung die Behandlung mit den gefährlichen und persönlichkeitsverändernden neurotoxischen Psychodrogen zu unterlassen; ein juristisches Verbot muß Grundlage dieses überfälligen Rechtsschutzes werden. Gefährliche Behandlungsmaßnahmen wie Neuroleptika sowie Schockanwendungen von der Art des Elektroschocks dürfen auf keinen Fall gegen den Willen der Betroffenen vollzogen werden, stehen sie unter Pflegschaft oder nicht (Mazenauer 1986; Mazenauer 1987).

Wenn sich selbst der Weltverband für Psychiatrie, dem die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde angeschlossen ist, in der Deklaration von Hawaii gegen eine Zwangsbehandlung von Personen ausgesprochen hat, solange sie noch zu klaren Willensäußerungen (und somit zur Ablehnung, d. A.) fähig sind (Weltverband für Psychiatrie 1977), so sollte diese einschränkende Haltung zur Zwangsbehandlung bei Gesetzesreformen nicht unberücksichtigt bleiben.

Der ärztliche Behandlungsgrundsatzz: *Nil noscere!* (Nicht schaden!) muß wieder Gültigkeit erlangen. Neuroleptika- und Elektroschock-Schäden dürfen nicht weiterhin vertuscht, sondern müssen in den Mittelpunkt der Diskussion gestellt werden. Gesetzliche Regelungen finden nicht im luftleeren Raum statt, sondern haben im Regelfall – bezogen auf die im Betreuungsgesetz vorgesehene Zuführung zur ärztlichen Behandlung – den Einsatz von Neuroleptika und Elektroschocks zur Folge, soweit die Behandlungsmaßnahmen im Bereich der Psychiatrie stattfinden. Als Experten auf dem Gebiet der Aufklärung über Schäden psychiatrischer Behandlung sind, was die Erfahrung lehrt, vornehmlich Betroffene anzusehen, wenn auch zunehmend – wie ausgeführt – Kritik aus den eigenen Reihen der Behandler erfolgt. Daß es auch Psychiatrie-Betroffene geben mag, die bei sich die Anwendung bestimmter psychiatrischer Maßnahmen gutheißen, darf nicht davon abhalten, die Position der Betroffenen insgesamt zu stärken; die Rechte Behandlungswilliger sind ausreichend abgedeckt. Sofern es bereits zur Selbstorganisation von Betroffenen juristischer, medizinischer und psychiatrischer Eingriffe (Graue Panther, Irren-Offensive e. V.) gekommen ist, muß diesen wertvollen, wenn auch sicher (und hoffentlich) unbequemen Organisationen Gelegenheit gegeben werden, bei Weiterbildungsmaßnahmen aller Art aktiv und gestaltend mitzuwirken; nur so kann Verständnis für die Probleme, Wünsche und Nöte von Betroffenen entstehen (Lehmann u. a. 1987).

Daß die Forderung nach noch mehr Geld, noch mehr Psychiatrisierung mit Reform im Sinne von Verbesserung der Situation von Psychiatrie-Betroffenen nichts gemein hat, geht aus allem hervor, was bisher gesagt wurde. Höhere Finanzmittel für dieselbe unzureichende, ja schädliche psychopharmakologisch-biologisch orientierte Psychiatrie bedeuten steigenden Finanzbedarf, vermehrte körperliche und soziale Folgeschäden. Höhere Finanzmittel für diese Psychiatrie bedeuten auch Vorenthalten finanzieller Mittel für sinnvolle alternative, innovative echte Reformmodelle und verstellen geradezu den Blick auf deren notwendige Förderung (Lehmann 1986, S. 387 ff.) Mit der stufenweisen Reduzierung von Finanzmitteln kann der überfällige Ausstieg aus der psychopharmakologisch-biologisch orientierten Psychiatrie begonnen werden. Die freiwerdenden Gelder werden dabei benötigt, um einerseits den freikommenden Anstaltsinsassen und -insassinnen befriedigen-

de Lebensverhältnisse (Wohnraum ohne therapeutischen Zwang, Arbeitsmöglichkeiten in selbstverwalteten Kooperativen, Starthilfe und Wiedergutmachung für die erlittene Behandlung, Entgiftungs- und Kurmaßnahmen) zu finanzieren sowie andererseits unter Kontrolle Betroffener und deren Vertrauenspersonen Institutionen echter menschlicher Hilfeleistung zu schaffen; Weglaufhäuser, Krisenwohnraum, Kommunikationszentren mit therapeutischen Angeboten, ohne Registration und ohne Zwangsmaßnahmen; kurzum Institutionen der Unterstützung, in die Menschen nicht mit Polizeigewalt hingeschleppt zu werden brauchen, sondern zu denen sie auch in aufgewühlten oder verwirrten Zuständen vertrauensvoll und angstfrei hingehen können. Mögen diese Forderungen nach einem Recht auf Psychopharmaka-freie Hilfe und nach Schaffung und Finanzierung der entsprechenden Einrichtungen auf den ersten Blick utopisch erscheinen: Möchten Sie als ausgerasteter oder depressiver oder vielleicht als alter, wehrloser störender Mensch keine andere Wahl haben, als mit Elektroschocks oder Neuroleptika behandelt zu werden?

Literatur

Benedetti, Gaetano: „Neuroleptische Therapie in der individuellen Psychosetherapie der schizophrenen Psychosen“, in: Pro Mente Sana Aktuell (Schweiz), 1988, Nr. 3, S. 17

Breggin, Peter R.: Elektroschock ist keine Therapie, München/Wien/Baltimore 1980 (seit 1988 im Antipsychiatrieverlag Berlin)

Breggin, Peter R.: „Psychiatric Drugs: Hazards to the Brain“, New York 1984

Cierpka, Tanja: „Ich beginne, vor meiner Ver-rücktheit keine Angst mehr zu haben“, in: Pro Mente Sana Aktuell (Schweiz), 1988, Nr. 3, S. 39

Ciompi, Luc / Bernasconi, R.: „Soteria Bern“. Erste Erfahrungen mit einer neuartigen Milieutherapie für akute Schizophrene“, in: Psychiatrische Praxis, 13. Jg. (1986), S. 172 – 176

Crone, Ilke / Hussmann, Björn / Mönnich, Ingo / Weber, Andreas: „Ausbrüche“. Dokumentation der studentischen Veranstaltungsreihe „Psychopharmaka“ (Bremer Beiträge zur Psychologie, Nr. 69, Heft 1/1988), Universität Bremen 1988

Dörner, Klaus / Plog, Ursula: „Irren ist menschlich – oder Lehrbuch der Psychiatrie / Psychotherapie“, völlig neubearbeitete Ausgabe, Rehburg-Loccum 1984

Dukes, M. N. G.: „Neuroleptics“, in: „Side Effects of Drugs Annual. A Worldwide Yearly Survey of New Data and Trends“, Hrsg.: M. N. G. Dukes, Regional Officer for Pharmaceuticals and Drugs Utilization, The World Health Organization, Kopenhagen 1986, S. 49–52

Ernst, Cecile: „Psychiatriereform – Hintergrund, Ideologie und Wirklichkeit. Blick auf die Bestrebungen in Italien und anderen Ländern“, in: Neue Zürcher Zeitung vom 29. 10. 1988, S. 23–24

Ernst, Klaus / Ernst, Cecile: „Italienische Psychiatrie: Augenschein in der Lombardie“, in: *Nervenarzt*, 57. Jg. (1986), Nr. 9, S. 494–501

Gliniecki, Andy: „All in the Mind“, in: *Time Out (England)* vom 24. 2. 1988, S. 10–11

Hill, David: „The Politics of Schizophrenia. Psychiatric Oppression in the United States“, New York 1983

Lehmann, Peter: „Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen“, Berlin 1986

Lehmann, Peter: „Warum die Augen vor den Neuroleptika-Schäden verschließen?“, in: *Pro Mente Sana Aktuell (Schweiz)*, 1988 a, Nr. 3, S. 20–21

Lehmann, Peter: „Psychopharmaka: Dauermedikation oder befristeter Einsatz“, Referat, gehalten auf dem Symposium '10 Jahre Sozialpsychiatrische Universitätsklinik', Bern, 8. bis 10. 9. 1988 b

Lehmann, Peter: „Machtpoker der Psychiater um das Recht auf Akteneinsicht“, in: *Pro Mente Sana Aktuell (Schweiz)*, 1988 c, Nr. 4, S. 14–15

Lehmann, Peter / Stöckle, Tina / Heselhaus, Annette / Bruckmann, Ludger / Hasper, Fritz: „Grüne, Psychiatrie und Antipsychiatrie. Ein grünes Armutzeugnis“, in: *Irren-Offensive*, Heft 3 (1987), S. 11–15

Martensson, Lars: „Sollen Neuroleptika verboten werden?“, in: *Irren-Offensive*, Heft 3 (1987) S. 31–43

Mazenauer, Beatrice: „Psychisch krank und ausgeliefert? Die Rechte des psychiatrischen Patienten im Vergleich zum Somatischkranken“, Dissertation Bern 1985, 2. Aufl., Genf 1986

Mazenauer, Beatrice: „Kontrolle über die ‚Psychiatrie‘ einer öffentlichen psychiatrischen Klinik“, in: „Aspects du droit medical“ (3e cycle de droit 10986), Hrsg.: P. Tercier, Editions Universitaires Freiburg (Schweiz) 1987, S. 207–225

Mc Neil Pharmaceutical, Inc.: „For the Schizophrenic Patient ... Haldol Decanoate“, Werbeanzeige der Herstellerfirma, in: *Archives of Psychiatry*, Vol. 45 (1988), Nr. 2, S. 186–188; deutsche Übersetzung in: Peter Lehmann / Marianne Lahni, „Grundwissen Neuroleptika“, in: *Irren-Offensive*, Heft 4 (1989; in Vorbereitung)

Perry, John W.: „Psychosis as Visionary State“, in: „Methods of Treatment in Analytical Psychology“, Hrsg.: Ian F. Baker, VII. International Congress of the International Association for Analytical Psychology, Fellbach 1980, S. 193–198

Petrausch, Rudolf: „Lexikon der Tierarzneimittel“, 9. Jg., 6. Aufl., Berlin 1987

Rufier, Marc: „Irrsinn Psychiatrie. Psychisches Leiden ist keine Krankheit. Die Medizinalisierung abweichenden Verhaltens – ein Irrweg“, Bern/Bonn 1988

Sarbin, Theodore R. / Mancuso, James C.: „Schizophrenie – Medizinische Diagnose oder moralisches Urteil?“, München/Wien/Baltimore 1982

Scull, A. T.: „Die Anstalten öffnen?“, Frankfurt am Main 1980

Stöckle, Tina: „Die Irren-Offensive. Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieopfern“, Frankfurt am Main 1983

Stöckle, Tina / Lehmann, Peter: „Psychiatrie-Enquête: Die Psychiatrie ist tot – es lebe die Psychiatrie! Kritik an ‚Reform‘-Psychiatrie wächst“, in: *Umbrauch*, 4. Jg. (1985), Nr. 1, S. 33–40

Stoffels, Hans: „Der Hausbesuch – Eine Untersuchung zur aufsuchenden Betreuung psychisch Kranker im Rahmen von zwei mobilen Ambulanz-Diensten“, in: *Psychiatrische Praxis*, 15. Jg. (1988), Nr. 3, S. 90–95

Szasz, Thomas S., Aussage in: „Interview mit Thomas S. Szasz“, in: *Naturheilpraxis*, 33. Jg. (1980), Nr. 12, S. 1434–1438

Szasz, Thomas S.: „Schizophrenie – Das heilige Symbol der Psychiatrie“, Frankfurt am Main 1982

Szasz, Thomas S.: „Das Psychiatrische Testament“, mit einer Gebrauchsanweisung von Rechtsanwalt Hubertus Rolshoven, Berlin 1987

Valdesalici, Benedetto: Referat, gehalten auf der Tagung: „Die Zukunft der psychosozialen Versorgung“, veranstaltet von der Bundes-Arbeitsgemeinschaft ‚Soziales und Gesundheit‘ der Grünen und der Alternativen Liste Berlin, 1. bis 2. Dezember 1984

Walther-Büel, Hans: „Das neuroleptische Prinzip in pharmakopsychiatrischer Betrachtung“, in: *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 129. Jg. (1955), Nr. 1–3, S. 286–296

Weltverband für Psychiatrie: „Erklärung von Hawaii“, VI. Weltkongress für Psychiatrie, Honolulu 28. 8. bis 3. 9. 1977, in: „Psychiatrische Therapie-Forschung. Ethische und juristische Probleme“, Hrsg.: Hanfried Helmchen / Bruno Müller-Oerlinghausen, Berlin/Heidelberg/New York 1978, S. 162–164; deutsche Übersetzung in: *Nervenarzt*, 49. Jg. (1978), Nr. 2, S. 129–130

Vormundschaftsgerichtstag

Materialien und Ergebnisse
des 1. Vormundschaftsgerichtstages
vom 26. bis 29. Oktober 1988
in Bad Bevensen

Herausgegeben von

Ulrich Schumacher
Hans-Erich Jürgens
Ulrike Mahnkopf



C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung
München 1989